44

NOTICE

SUR LES TRAVAUX

DU

Docteur Maurice VALLAS

CHIRURGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU DE LYON

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2,

1892

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

I. — TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux, 1880-1882

Interne des hôpitaux, 1882-1886

Lauréat de la Faculté de Médecine. — Prix de fin d'année.

Médaille d'argent, 1880

Aide d'anatomie, 1884-1886

Prosecteur, 1886-1888

Chef de clinique chirurgicale, 1888-1890

II. — ANATOMIE

Note sur une anomalie musculaire au pli du coude. *Province médicale,* 26 novembre 1887.

Biceps à 4 chefs. Le chef le plus inférieur présentait une double particularité :

1° Il allait se jeter non pas sur le corps même du biceps, mais sur la face profonde de l'expansion aponévrotique (muscle brachio-aponévrotique). Il constituait ainsi une variété d'anomalie assez rare, qui a été vue une seule fois par M. le professeur Testut.

2° Ce chef, en outre, s'insinuait dans son trajet entre le tendon du biceps et le paquet vasculo-nerveux. Celui-ci se trouvait reporté un bon centimètre en dedans du tendon bicipital, d'où erreur possible dans la ligature de l'humérale au pli du coude.

II. — PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

Ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon 1887.

Médaille de bronze.

La tuberculose cutanée, peu connue des anciens observateurs et rattachée jadis à la scrofule, a conquis sa place dans le cadre nosologique, grâce aux récentes découvertes de l'anatomie pathologique et de la médecine expérimentale. Elle comprend aujourd'hui quatre formes :

Les ulcérations tuberculeuses proprement dites.

Les gommes tuberculeuses (scrifulodermie).

Le lupus.

La tuberculose verruqueuse de Riehl, dans laquelle il convient de ranger un certain nombre, sinon la totalité, des tubercules anatomiques.

L'ulcération tuberculeuse est la forme la plus rare. La première observation positive date de 1872 et est due à Paul Coyne. L'étude que nous en avons faite et qui tient compte de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, est basée sur un total de 33 cas seulement. Il n'est donc pas étonnant que, jusqu'à cette époque, elle soit simplement signalée en quelques lignes rapides, même dans les ouvrages spéciaux de dermatologie. Depuis lors, M. A. Broca lui a consacré un long chapitre dans le *Traité de chirurgie* en utilisant les documents que nous avions réunis.

Symptômes. — Marche. — L'ulcération tuberculeuse débute soit spontanément, soit à la suite d'un léger traumatisme qui entame l'épiderme. Une fois constitué l'ulcère tuberculeux présente les caractères suivants : ulcère atone, siégeant de préférence au pourtour des

orifices naturels, à base non indurée, avec un fond mamelonné, criblé de petites granulations jaunâtres, et des bords non décollés, taillés à pic.

La douleur est vive, et entraîne à sa suite un certain nombre de troubles fonctionnels en rapport avec le siège de l'ulcère : gêne de la parole, de la mastication, de la défécation.

Les ganglions lymphatiques sont rarement envahis.

Mais ce qui domine l'histoire des ulcères tuberculeux, c'est l'état général du sujet, qui est toujours mauvais. Le malade est toujours cachectique, de par une lésion tuberculeuse viscérale (tuberculose pulmonaire dans la presque totalité des cas) au moment où apparaît la lésion du tégument externe.

Marche continue et progressive.

Anatomie pathologique. — Les lésions siégent dans le derme. Elles ne diffèrent pas de celles qu'on observe habituellement dans le tissu conjonctif envahi par le bacille de Koch.

L'examen des cas observés nous a permis de distinguer deux formes :

1° Une forme granulo-caséeuse, à nodules embryonnaires avec nappes d'inflammation spécifique internodulaires ; forme rapidement destructive et envahissante.

2° Une forme folliculaire, avec follicules tuberculeux nettement constitués. Elle est caractérisée par un mouvement de défense plus accentué dans le derme, et sert ainsi de transition entre la lésion précédente, à marche rapide, et les formations réticulées du lupus, décrites par Colomiatti, à évolution lente.

Les bacilles, très rares dans les produits de sécrétion et à la surface même de l'ulcère, se rencontrent au contraire en abondance à la périphérie de la lésion, dans les espaces interfasciculaires du derme.

Les inoculations en série, pratiquées sur des cobayes et des lapins au laboratoire et sous la direction de M. le Professeur Arloing, nous ont fourni la preuve absolue, qui n'avait pas été faite jusque là, qu'il s'agissait bien réellement d'une tuberculose légitime, quoique peu virulente.

Etiologie. — Pathogénie. — Deux conditions étiologiques sont importantes à noter : le siège, l'état général du sujet.

Le siège est presque invariablement le pourtour d'un orifice naturel, comme le montre le tableau suivant:

Région anale	13	
Lèvre	11	lèvre infeérieure 7 — supérieure 4
Membre supérieur	5	
Face	2	
Vulve	2	
Verge	1	
Membre inférieur	1	

L'observation des malades montre en outre que cet ulcère n'est jamais la manifestation primitive de l'infection tuberculeuse. Quand il apparaît, le sujet est déjà tuberculeux, et même le plus souvent cachectique. Ce caractère, extrêmement important, sert à le distinguer des autres formes de tuberculose cutanée.

Deux hypothèses sont en présence pour expliquer le mécanisme intime de l'infection tuberculeuse de la peau.

1° L'agent infectieux est apporté par le sang au contact des éléments anatomiques.

2° L'infection se fait par auto-inoculation directe.

Nous nous sommes déclaré partisan de cette seconde hypothèse qui explique mieux que la première les allures cliniques de la maladie et notamment sa localisation élective au voisinage des orifices naturels et aux parties découvertes telles que la main, les doigts, plus facilement en rapport avec les sécrétions contagieuses, crachats, matières fécales, etc.

On doit en outre se demander pourquoi la lésion revêt, dans ces cas, la forme ulcéreuse qui lui est spéciale, alors que dans les autres faits connus d'inoculation tuberculeuse de la peau, on voit se développer soit un lupus, soit une tuberculose verruqueuse ou un tubercule anatomique. L'état général grave du sujet rend compte de cette particularité. Les tissus sont dans un état de déchéance tel qu'ils n'opposent aucune résistance au microbe, et se désagrègent rapidement devant lui au lieu d'édifier sur son pourtour des productions scléreuses capables de l'étouffer ou au moins de retarder sa marche, comme on le voit dans le lupus par exemple. Cette manière d'envisager la succession des phénomènes, quoique hypothétique, a du moins l'avan-

tage d'être en concordance parfaite avec les données de l'anatomie pathologique et de la médecine expérimentale. C'est pour cette raison que nous avons cru devoir traiter à fond dans notre étude la question de l'inoculation tuberculeuse de la peau.

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. — Le diagnostic sera fait avec les autres lésions tuberculeuses de la peau, avec les lésions syphilitiques, le chancre mou, le cancroïde, les ulcères produits par l'arsenic et le chrome.

Pronostic grave, car il annonce la terminaison fatale.

Quant au traitement, il se bornera à être palliatif. Le seul cas d'extirpation connu, dû à M. le professeur Poncet, a été suivi d'une rapide récidive.

Trois observations de kystes congénitaux. — *Province médicale.* 28 mai 1887.

1° Kyste de la fontanelle antérieure

2° Kyste de la région mastoïdienne.

3° Kyste congénital de la fesse.

Otite moyenne suppurée chronique. — Abcès intra-mastoïdien. — Trépanation. — Guérison. *Province médicale.* 7 septembre 1889.

Ainsi que l'avaient montré les recherches récentes de MM. Duplay et Ricard, le pus a été découvert dans le quadrant antérieur et supérieur de l'apophyse mastoïde.

Tumeurs du calcanéum. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 18 Mai 1888.

Dans ce travail sont rappelés les exemples de tumeurs connus jusqu'à ce jour. Ce chapitre de pathologie chirurgicale est en outre com

plété à l'aide d'observations nouvelles empruntées aux services de MM. les professeurs Ollier et Poncet.

Les tumeurs du calcanéum sont primitives ou secondaires. — Tumeurs primitives. 1° *Fibromes* (cas de Velpeau, de Huguier).

2° *Exostoses ostéogéniques*, au niveau de l'épiphyse marginale postérieure de cet os. Souvent bilatérales. (Ollier)

3° *Ostéômes*. (Cas de Gross.)

4° *Ostéosarcomes*. — Groupe important dont il existe 5 cas : 4 rapportés dans la thèse de M. Schwartz, et un postérieur à cette monographie et qui appartient à MM. Périer et Girode.

5° *Cancer*. — Observation inédite et jusqu'ici unique prise dans le service de M. Poncet. Il s'agissait d'un chondrome malin, constitué par du cartilage hyalin normal à cellules petites, nombreuses, disposées en groupes isogéniques arrondis.

Tumeurs secondaires. — Ce sont des cancers épithéliaux. Ils peuvent envahir le calcanéum par plusieurs mécanismes, dont il est possible de donner des exemples authentiques.

1° *Cancer métastatique*. (Cas de Houel).

2° *Epithélioma développé sur la peau du talon. Epithélioma térébrant intra calcanéeux.* — Observation due à M. Poncet, et qui est à rapprocher de l'épithélioma térébrant du maxillaire.

3° *Dégénérescence épithéliale d'un foyer fistuleux d'ostéite chronique.* — Observation de M. Ollier.

Ces dégénérescences épithéliales intra-calcanéennes sont caractérisées par une odeur particulièrement infecte et repoussante.

Traitement des suppurations pelviennes chez la femme. Lyon, 1891.

Ce travail a eu pour but de rappeler l'attention des chirurgiens sur la méthode de l'incision vaginale des collections purulentes péri-utérines, méthode préconisée par M. le professeur Laroyenne. La laparotomie et l'hystérectomie vaginale sont de plus en plus en faveur auprès des gynécologistes, et tendent à devenir les procédés exclusifs de traitement, ainsi que celà résulte des derniers ouvrages parus et des dernières discussions. A notre avis, les indications doivent être serrées de plus près.

L'hystérectomie vaginale convient bien aux cas graves : bilatéralité des lésions, poches purulentes multiples, adhérences étendues et

inextricables. On ne saurait songer à en faire une méthode générale en raison de sa mortalité opératoire et de la stérilité qu'elle entraîne fatalement comme conséquence.

La laparotomie a pour elle de procurer, dans la majorité des cas, une guérison définitive, durable. Mais il faut pour cela qu'on puisse faire l'extirpation complète des lésions. Or, il est le plus souvent impossible de savoir d'avance si l'on pourra mener à bien et jusqu'au bout l'intervention. De plus, elle a une mortalité appréciable: (10 °/₀ au minimum, d'après les stastistiques que nous avons réunies), mortalité occasionnée par les accidents opératoires : hémorrhagie, rupture de poches purulentes dans le péritoine.

L'incision vaginale présente les avantages suivants : 1° Elle est absolument innocente au point de vue vital (statistiques de Laroyenne et de ses élèves; E. Blanc, Gouilloud).

2° Elle procure la guérison complète dans une proportion qui peut être évaluée à 60 °/₀ environ. Pour les autres cas, elle laisse les choses en l'état, sans aggraver la situation. Une intervention plus radicale n'est jamais compromise par cette première tentative.

3° La fécondation ultérieure est possible et l'on a vu des femmes devenir enceintes après une incision bilatérale de collections pelviennes.

Pour toutes ces raisons, l'incision vaginale doit garder une place importante dans le traitement des collections purulentes péri-utérines.

De l'immobilisation des articulations — *Province médicale*. 19 juillet 1890.

Effets de l'immobilisation prolongée sur la constitution anatomique des articulations, d'après les expériences de Reyher (de Dorpat) et de Gross (de Philadelphie). Indications comparées de l'immobilisation et du massage dans les lésions articulaires.

La résection du genou en 1890. *Province médicale*. 13 septembre 1890.

Exposé de la technique opératoire du prof. Ollier. Traitement post-opératoire et guérison sous un seul pansement. Contre indication de la résection totale chez les enfants.

De la Résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied et du traitement post-opératoire. *Rev. de Chirurgie*, 1890. Travail fait à la clinique du prof. Ollier.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied est justiciable d'une opération conservatrice, à moins de conditions spéciales commandant l'amputation : âge avancé du malade, tuberculose viscérale. En pareil cas, l'opération de choix est l'ablation de l'astragale.

Il résulte en effet de l'examen anatomo-pathologique de 65 cas observés à la clinique du Prof. Ollier que l'astragale est très souvent atteint soit primitivement, soit secondairement, de lésions tuberculeuses dans l'ostéo-arthrite du cou-de-pied. De plus, les lésions sont fréquemment multiples : plusieurs os, plusieurs articulations peuvent être envahis simultanément. C'est ainsi que l'articulation péronéo-tibiale inférieure, la sous-astragalienne sont souvent malades en même temps que la tibiotarsienne. Il faut donc enlever l'astragale, cet os fut-il absolument sain, parce que c'est le seul moyen de voir exactement ce qui se passe, de fouiller les sinus du tarse postérieur, de faire la toilette minutieuse de la région, en un mot, de faire une opération complète et de se mettre aussi à l'abri de la récidive. La guérison définitive, persistante, est à ce prix, ainsi qu'en font foi plusieurs observations.

On doit d'autant moins hésiter à faire ce sacrifice qu'il est possible d'obtenir, après cette opération, un résultat excellent, presque parfait, au double point de vue orthopédique et fonctionnel. Pour cela, un traitement post-opératoire attentif est nécessaire. Il est destiné à combattre les déformations qui tendent à se produire et à assurer la mobilité et la solidité de la néarthrose.

Les déformations qui se produisent fatalement si on abandonne à lui-même un pied privé de son astragale, sont : l'*équinisme*, le *varus*, la *chute du gros orteil*. Le mécanisme de ces déformations est le suivant :

L'équinisme est dû à l'action de la pesanteur sur un pied privé du secours des ligaments astragaliens antérieurs, et à l'action du triceps sural.

Le varus se produit par l'enroulement du pied sur son bord interne, l'astragale occupant sur le bord interne une place plus considérable que sur le bord externe. L'action prépondérante des muscles plantaires fléchisseurs et adducteurs s'ajoute à ce mécanisme.

La chute du gros orteil s'explique par une synovite plastique développée dans la gaine du fléchisseur propre du gros orteil et de la rétraction consécutive de ce tendon. Les rapports intimes de cette gaine avec le bord postérieur de l'astragale rendent suffisamment compte de l'apparition presque fatale de cette synovite.

Ces déformations seront prévenues ou combattues.

1° Par des pansements fréquents permettant la surveillance de la nouvelle articulation.

2° Par le port longtemps prolongé d'une attelle plâtrée, bien adaptée à la forme du pied et renouvelée toutes les fois que le besoin se fait sentir d'agir contre telle ou telle déformation.

En outre il faudra s'occuper de mobiliser de bonne heure l'articulation, si l'on ne veut pas se laisser gagner par l'ankylose, et ne contracter l'appareil musculaire par les bains, le massage et l'électrisation.

C'est grâce à ce traitement employé avec méthode et persévérance, que l'on peut conserver au malade un pied dont la forme est très-peu altérée et qui est capable de récupérer son intégrité fonctionnelle.

Ankylose double de la mâchoire inférieure. Résection des deux condyles. *Soc. des Sciences médicales de Lyon,* février 1892.

La résection des deux condyles doit être proposée immédiatement dans les cas d'arthrite ankylosante due à un rhumatisme chronique progressif. La rupture des adhérences avec des coins introduits dans la bouche échoue le plus souvent. La simple ostéotomie du col du condyle expose à la récidive.

La résection doit être extra-périostée pour éviter les jetées osseuses de nouvelle formation. Elle doit être large et poussée assez loin pour obtenir immédiatement des mouvements étendus.

Un traitement consécutif est nécessaire pour maintenir les arcades dentaires dans leurs rapports normaux.

IV. — ARTICLES DIVERS, — REVUES GÉNÉRALES CRITIQUES, ETC.

(Tous ces articles ont paru dans la *Province médicale* de Lyon).

De l'hystéro-traumatisme, 18 octobre 1886.

De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie. 26 février 1887.

Parasitisme et néoplasmes. 2 avril 1887.

Théories de la Syphilis héréditaire. 27 août 1887.

Inflammation péri-utérine et adéno-phlegmon juxta-pubien. 15 octobre 1887.

Cure radicale des hernies. 26 novembre 1887.

De la greffe cutanée par approche suivant la méthode italienne modifiée. 20 mars 1888.

Les lavages vésicaux. 24 novembre 1888.

Nature infectieuse du tétanos. 5 janvier 1889.

Du Myxœdème. 9 février 1889.

Végétations adénoïdes du pharynx nasal. 13 juillet 1889.
